



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Manejo quirúrgico y complicaciones intra y post
operatorias de la incontinencia urinaria de esfuerzo en
el Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Enrique Elías PAZ HERRERA

ASESOR

Alex GUIBOVICH MESINAS

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Paz, E. Manejo quirúrgico y complicaciones intra y post operatorias de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

ÍNDICE

Resumen	Pág. 3
CAPÍTULO I Introducción	Pág. 4
CAPÍTULO II Objetivos	Pág. 12
CAPÍTULO III Material y métodos	Pág. 13
CAPÍTULO IV Resultados	Pág. 16
CAPÍTULO V Discusión	Pág. 22
CAPÍTULO VI Conclusiones	Pág. 27
CAPÍTULO VII Referencias Bibliográficas	Pág. 28

Resumen

Objetivo: Determinar las principales técnicas quirúrgicas y las principales complicaciones intra y postoperatorias del manejo quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima– Perú durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2004.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal para evaluar los procedimientos quirúrgicos en la totalidad de pacientes sometidas a corrección de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, la que se definió como la pérdida involuntaria de orina por la uretra relacionada con la tos, pujo, ejercicios físicos o cambios súbitos de posición, referida por la paciente y observada al realizar las maniobras mencionadas.

Resultados: La cirugías realizadas con mayor frecuencia fueron la histerectomía vaginal con colporrafia anteroposterior más colocación de puntos de Kelly (70,4 %), la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral más colposuspensión tipo Burch con colporrafia posterior (16,9%) y la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia más colporrafia anteroposterior (5,6%). El 21,1% de pacientes presentó algún tipo de complicaciones, ocurriendo todas en el período postoperatorio. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de vías urinarias, el hematoma vaginal o de pared abdominal y el absceso pélvico

Conclusiones: El manejo de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo incluye diversidad de técnicas quirúrgicas correctivas las que suelen presentar complicaciones principalmente en el período postoperatorio.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, manejo, complicaciones.

Capítulo I

Introducción

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), es la salida involuntaria de orina por la uretra, relacionada con los esfuerzos que se realizan al estornudar, pujar, reír, etc. (1) Como problema de salud, constituye una situación médica que puede ser motivo de consulta, tanto por urólogos como ginecólogos, por lo que algunos autores enmarcan este problema dentro de un campo que han dado en llamar uroginecología (2).

La incontinencia urinaria aunque se considera un síntoma más que una enfermedad tiene un importante impacto emocional y social sobre el individuo, sus familiares y las personas que le rodean; de este modo induce a la pérdida de autoestima y a mermar la capacidad de un estilo de vida independiente (3).

La incontinencia urinaria de esfuerzo surge como consecuencia de la pérdida de los mecanismos de continencia vesical, y es la rectificación del ángulo vesicouretral posterior, el principal factor fisiopatológico (4).

En términos generales, la Incontinencia Urinaria es una condición extremadamente frecuente y afecta a millones de personas en el mundo; por ejemplo, a dos millones en España y a casi 13 millones en los EE.UU, representando a este país un costo anual directo promedio de 12.43 billones de dólares (5). Por ello, la tasa de prevalencia varía según la población de estudio, la definición de incontinencia y la forma de obtener la información. En mujeres mayores de 60 años de la población comunitaria varía entre 10 - 70%, cifra que se eleva a más del 50% entre las residentes de asilos (6-8).

Se estima que más del 50% de casos de incontinencia urinaria de esfuerzo son desconocidos por los prestadores de servicios de salud, a pesar del hecho que esta condición puede ser mejorada o curada en la mayoría de pacientes (9-15).

La descripción de Dieffenbach de la incontinencia urinaria realizada en 1836 captura la totalidad trágica de la desdicha personal padecida por las mujeres afectadas: “...Difícilmente existe una situación más triste que la de una mujer afectada por incontinencia urinaria. Una fuente de disgusto incluso para sí misma, la mujer amada por su esposo se torna, con este proceso, objeto del rechazo corporal de él; y llenos de repugnancia, todos los demás también le vuelven la espalda, repelidos por el intolerable mal olor de la orina... Este terrible mal destruye cualquier vínculo familiar. La tierna madre es rechazada por el círculo de sus hijos. Algunas de estas infortunadas son ganadas por la indiferencia; otras se entregan a una silenciosa resignación y a una piadosa devoción. De otro modo caerían víctimas de la desesperación e intentarían el suicidio...” (16).

Hacia fines del siglo XIX, Howard Kelly, el primer profesor de ginecología en la Johns Hopkins University, desarrolló la operación para la incontinencia urinaria de esfuerzo que probablemente haya sido más usada en el mundo: los puntos de *Kelly* (16).

La incontinencia urinaria de esfuerzo no fue un problema exclusivo del siglo XIX. En la actualidad, constituye el segundo factor más frecuente que lleva a la permanencia en un instituto geriátrico (17).

Debe considerarse que la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer forma parte de un trastorno del piso pelviano, asociado a menudo con otros síntomas de incontinencia anal y prolapso (15). Estos trastornos del piso pelviano son una causa común de incapacidad y molestias, con una patogenia asociada con aspectos clínicos, electrofisiológicos e histológicos de la denervación parcial crónica de los músculos del piso de la pelvis (18-20). La lesión de esta inervación es a menudo iniciada por un parto y progresa hasta que los trastornos funcionales se tornan evidentes hacia la mitad de la

vida. Sin embargo, el proceso de incontinencia en las mujeres es de origen multifactorial porque incluso mujeres jóvenes, nulíparas y físicamente aptas tienen síntomas de incontinencia de esfuerzo y existen diferentes factores asociados a la incontinencia urinaria de esfuerzo (21). Por ello, las cirugías para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo están diseñadas para corregir las deficiencias del cierre uretral y para mejorar el soporte de la unión uretrovesical (22).

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es definida como la pérdida involuntaria de orina por la uretra durante el incremento de la presión intrabdominal, cuando la presión intravesical excede a la resistencia uretral y en ausencia de actividad del músculo detrusor (23). La Sociedad Internacional para la Continencia (SIC) la señala como “una condición en la que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, constituye un problema social e higiénico para la persona que lo sufre, y es objetivamente demostrable” (24). Sin embargo; a pesar del considerable impacto sobre la calidad de vida de las personas que la padecen (25), sólo un 20% de los afectados busca ayuda médica (26), lo que puede conducir a subestimar su prevalencia; de ahí las grandes diferencias que según diferentes autores, muestran variaciones del 6 - 72% (27, 28).

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo denota un **síntoma**, cuando representa la queja de pérdida involuntaria de orina relacionada con la tos, pujo, ejercicios físicos o cambios súbitos de posición. Es un **signo** cuando se evidencia la pérdida involuntaria de orina por la uretra al realizar las maniobras antes mencionadas y, es una **condición** cuando el estudio urodinámico reproduce la queja de la paciente y se hace el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o pura (8). Como se menciona en la definición anterior, la condición de incontinencia urinaria de esfuerzo se puede relacionar con anormalidades esfinterianas (13,15). En la forma más frecuente la

incontinencia se presenta cuando el aumento de presión abdominal no se transmite proporcionalmente a vejiga y uretra proximal haciendo que la presión en la vejiga se vuelva mayor que en la uretra y por tal motivo se pierde orina con el esfuerzo (16,18). Esto implica que el esfínter funciona como tal mientras no se produzca un aumento importante de la presión vesical. Esto corresponde a la denominada hipermovilidad uretral y la otra es la deficiencia intrínseca del esfínter que hace referencia a la alteración de la funcionalidad esfinteriana en sí; condiciones que se presentan en la incontinencia urinaria de esfuerzo (20). Se presenta la clasificación que actualmente mas se está usando en la literatura cuando se habla de incontinencia de esfuerzo, la cual está vigente porque puede explicar la etiología de la incontinencia y ayuda en la selección de los pacientes para tratamiento quirúrgico. En 1993 *McGuire* analizó las causas de las fallas quirúrgicas de las operaciones para incontinencia urinaria observando que la mayoría de pacientes en quienes fracasaba la cirugía tenían un deficiente mecanismo esfinteriano (29). *Blaivas* (30) reproduce esas consideraciones y plantea en su artículo la clasificación que se conoce con su apellido y que posteriormente ha presentado con modificaciones orientándola desde el punto de vista radiológico mediante estudios de video urodinamia pero cuya esencia es que separa las dos grandes condiciones de incontinencia urinaria de esfuerzo: la **hipermovilidad uretral: tipo 0** (historia típica de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo pero no se puede demostrar durante el examen, y probablemente la paciente evita el escape urinario mediante contracción momentánea del esfínter uretral externo), **tipo I** (mínimo descenso del cuello vesical y la uretra con incontinencia aparente, sin cistocele) y **tipo II** (Cistouretrocele obvio con escape urinario evidente durante el esfuerzo), y la **deficiencia esfinteriana: tipo III** (cuello vesical abierto durante el llenamiento, escape

urinario con mínimo esfuerzo o permanentemente a través del meato; usualmente historia de fracasos quirúrgicos anti-incontinencia o de trastorno neurológico).

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se asocia a **factores modificables**: ginecológicos (cistocele, prolapso uterino), urológicos e intestinales (infección urinaria recurrente, incontinencia fecal, estreñimiento), enfermedades asociadas (diabetes, enfermedad cerebro vascular, hipertensión arterial, afectación cognitiva, artritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), uso de fármacos (diuréticos, estrógenos, benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos, laxantes), tabaquismo, consumo elevado de cafeína, índice de masa corporal elevado, afectación funcional, enfermedad de Parkinson y edad avanzada. **Los factores no modificables**, incluyen: histerectomía (puede incrementar el riesgo de desarrollo de incontinencia por encima de un 60%), cirugía previa de prolapso, edad, aspectos relacionados con partos y paridad y vaginitis o uretritis atrófica (6,21,31).

Se cree que el ciclo miccional se inicia en el tronco cerebral, en la zona conocida como centro protuberancial de la micción, que a su vez está controlado por impulsos de la corteza cerebral, y tiene efecto inhibitor sobre el músculo detrusor durante la fase de llenado de la vejiga. La dinámica inconsciente del sistema urinario está regulada por el sistema nervioso vegetativo. Al sistema nervioso parasimpático (núcleo en S₂-S₄) pertenecen los nervios pélvicos, a través de los cuales transcurren fibras nerviosas sensitivas que detectan el grado de distensión de la pared vesical y uretra posterior, y fibras nerviosas motrices que contraen el detrusor mediante la estimulación que ejerce la acetilcolina en los receptores muscarínicos M₃. El nervio que transmite las órdenes simpáticas (núcleo en D₁₁-D₁₂) es el hipogástrico, que inerva el trigono y cuello vesical, y contribuye al almacenamiento de la orina relajando el detrusor y contrayendo la

uretra. El neurotransmisor posganglionar implicado en este sistema es la noradrenalina (32).

El control voluntario del esfínter uretral se realiza a través de fibras motrices esqueléticas de los nervios pudendos (núcleo en S₂-S₄), y utilizan como neurotransmisor la acetilcolina (32,33), y es preciso que estos núcleos y nervios actúen en sincronía, a fin de que sean capaces de mantener una correcta dinámica funcional. Para comprender las causas de la incontinencia es preciso esbozar cómo se realiza la micción. Durante la fase de almacenamiento de la orina, la activación de los receptores alfaadrenérgicos contrae el cuello vesical, la de los receptores betaadrenérgicos relaja el cuerpo vesical y la inhibición de la liberación de acetilcolina impide la contracción del detrusor (predominio del sistema nervioso simpático). Durante este período la presión en el interior de la vejiga permanece constante y por debajo de la presión en la uretra, para mantener la continencia. El deseo miccional comienza cuando la vejiga alcanza aproximadamente la mitad de su capacidad fisiológica (que varía según los individuos entre 350-500 ml), pero el córtex cerebral inhibe el deseo hasta que se elige el momento apropiado. En la fase de vaciado, se inhibe la actividad de los nervios pudendos originando relajación del esfínter interno, y al aumentar la estimulación parasimpática que contrae el detrusor la presión intravesical supera la presión de cierre uretral y se produce el inicio voluntario de la micción. El papel del esfínter externo es reforzar la continencia voluntaria (41,32,33).

Ya que la mayoría de los pacientes precisa de un tratamiento conservador y farmacológico para tener una calidad de vida aceptable, la fisioterapia, el *biofeedback* y la estimulación eléctrica sobre el suelo pélvico son tratamientos que cada vez más se están incorporando al arsenal terapéutico en el tratamiento de la incontinencia (34,35).

Respecto al tratamiento farmacológico, aunque los resultados iniciales, en ensayos no controlados, han sido buenos, con mejorías subjetivas de hasta el 30-50%, los resultados terapéuticos de ensayos clínicos controlados y aleatorizados son a menudo decepcionantes debido a la baja eficacia terapéutica, los efectos secundarios que producen y a que, desafortunadamente, la utilización de algunos principios prescritos se basa más en la tradición que en la evidencia de los ensayos (23) .

La cirugía es el tratamiento de elección para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo grave o para aquella que no ha respondido al tratamiento conservador. La cirugía como tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo ha experimentado una gran evolución a partir de los años '60, momento en que aparece la colposuspensión (2,12,15,19). El propósito de las técnicas quirúrgicas es colocar el cuello vesical y la uretra proximal en una posición intraabdominal y lograr una compresión adecuada de la unidad esfinteriana (22). Las técnicas más utilizadas son la colposuspensión de Burch o la técnica de Marshall-Marchetti-Krantz, con tasas de curación del 90% (38-41). A partir de 1995 aparecen técnicas más modernas que apuntan a la mínima invasividad, es decir, al menor daño posible para el paciente y a su rápida recuperación posoperatoria. Estas técnicas, ante lesión del mecanismo esfinteriano, han demostrado que los mejores resultados se obtienen con técnicas de cabestrillo o *slings* (se han comunicado tasas de curación del 95% a corto plazo con la cinta vaginal libre de tensión, aunque no existen resultados a largo plazo). El empleo de esfínteres artificiales se reserva para los casos más graves (19,36).

La incontinencia urinaria de esfuerzo es uno de los problemas aún no resueltos siempre con éxito por la ginecología moderna y, como tal, motivo de controversias. Asimismo, es una causa frecuente de consulta a urólogos, ginecólogos y médicos generales y se ha

observado diversidad de criterios para la evaluación de estas pacientes y su selección para los diferentes tratamientos, habiéndose descrito un sinnúmero de técnicas cuya aplicación puede ser un poco anárquica.

La importancia clínica de la incontinencia urinaria se debe principalmente a sus efectos adversos sobre la salud psicológica y la interacción social de la paciente. Siendo un problema que afecta algo más a las mujeres climatéricas y postmenopáusicas, no es raro observar que la incontinencia sea considerada como propia del envejecimiento, no siendo informada a los prestadores de salud por otras razones, incluido el pudor. De ahí su difícil correlación epidemiológica y situacional. Por ello, existen pocos estudios sobre la morbilidad asociada a los procedimientos utilizados como parte del manejo quirúrgico en la incontinencia urinaria de esfuerzo, dependiente principalmente de la indicación de la cirugía y vía de abordaje, habiendo encontrado en la revisión bibliográfica realizada sólo un estudio nacional sobre esta problemática.

La importancia del presente estudio radica en poder conocer las principales técnicas quirúrgicas y las complicaciones asociadas en pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria de esfuerzo, para poder diseñar estrategias efectivas que ayuden a disminuirlas y así contribuir a un mejor manejo de las pacientes con indicación de cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo en una institución de referencia de patología ginecológica como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Capítulo II

Objetivos

Objetivo general

- Determinar las principales técnicas quirúrgicas y las principales complicaciones intra y postoperatorias del manejo quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima– Perú durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2004.

Objetivos específicos

- Determinar las principales características demográficas de las pacientes con manejo quirúrgico por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Determinar los principales procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Identificar las principales complicaciones intra y postoperatorias según el tipo de procedimiento realizado por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Determinar la existencia de asociación entre el tipo de procedimiento quirúrgico y la presencia de complicaciones en pacientes operadas por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Determinar la tasa de incidencia de complicaciones en pacientes con tratamiento quirúrgico por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Capítulo III

Material y métodos

En el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima – Perú se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal para evaluar los procedimientos quirúrgicos realizados entre enero y diciembre de 2004 en la totalidad de pacientes sometidas a corrección de incontinencia urinaria

Se definió Incontinencia Urinaria como la pérdida involuntaria de orina por la uretra relacionada con la tos, pujo, ejercicios físicos o cambios súbitos de posición, referida por la paciente y observada al realizar las maniobras mencionadas.

Se consideró complicaciones del tratamiento quirúrgico por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo a la presencia de hemorragia inesperada, lesión vesical, lesión intestinal, infección del sitio operatorio, infección de vías urinarias, retención urinaria, hematoma vaginal o de pared abdominal, absceso pélvico, dehiscencia de herida operatoria, evento con riesgo de muerte, cirugía mayor no prevista, urgencia miccional postoperatoria, reingreso hospitalario, transfusión sanguínea y muerte. Se requirió la documentación en las respectivas historias clínicas.

Se definió como evento con riesgo de muerte a la presencia de paro cardíaco o respiratorio, infarto de miocardio, embolia pulmonar, o shock anafiláctico intra o postoperatorio y como cirugía mayor no prevista a cualquier laparotomía, reparación de vísceras, o reparo de vasos sanguíneos intra o postoperatoriamente durante la misma hospitalización que no fue planeada y se relacionó con la cirugía.

Se consideró transfusión sanguínea a la necesidad de administración de paquete(s) globular(es) durante el período intra o postoperatorio y reingreso hospitalario a la

readmisión al hospital entre el alta y el primer control postoperatorio a causa de algún problema relacionado al procedimiento quirúrgico primario.

Se incluyó en el estudio a la totalidad de pacientes con tratamiento quirúrgico por el diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y con historia clínica accesible y con información requerida completa. Se excluyó a las pacientes con diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Urgencia, neuropatías vesicales, anormalidades congénitas o adquiridas del aparato urinario (uréter ectópico, uretra corta, divertículo uretral, fístula vésico vaginal), incontinencia psicógena, disgenesia del músculo detrusor, incontinencia de sobreflujo; pacientes con cirugía previa de cualquier tipo por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y aquellas pacientes en tratamiento con fármacos de tipo diuréticos, anticolinérgicos, psicotrópicos (antidepresivos, sedantes/hipnóticos), bloqueadores alfa-adrenérgicos y agonistas alfa-adrenérgicos.

Los datos fueron recolectados por el propio investigador de fuente primaria (historias clínicas e informes operatorios) y se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa SPSS versión 13.00 tomando en cuenta todas las variables e indicadores utilizando el mismo programa para el análisis estadístico.

En el análisis descriptivo para la variable cuantitativa edad se determinó medidas de tendencia central (promedio y desviación estándar). Para la variable presencia de complicaciones se calculó la tasa de incidencia. Para las restantes variables cualitativas: hemorragia inesperada, lesión vesical, lesión intestinal, infección del sitio operatorio, infección de las vías urinarias, retención urinaria, hematoma vaginal o de pared abdominal, absceso pélvico, dehiscencia de herida operatoria, urgencia miccional postoperatoria, evento con riesgo de muerte, cirugía mayor no prevista, reingreso hospitalario, transfusión sanguínea y muerte - se determinaron frecuencias y

porcentajes.

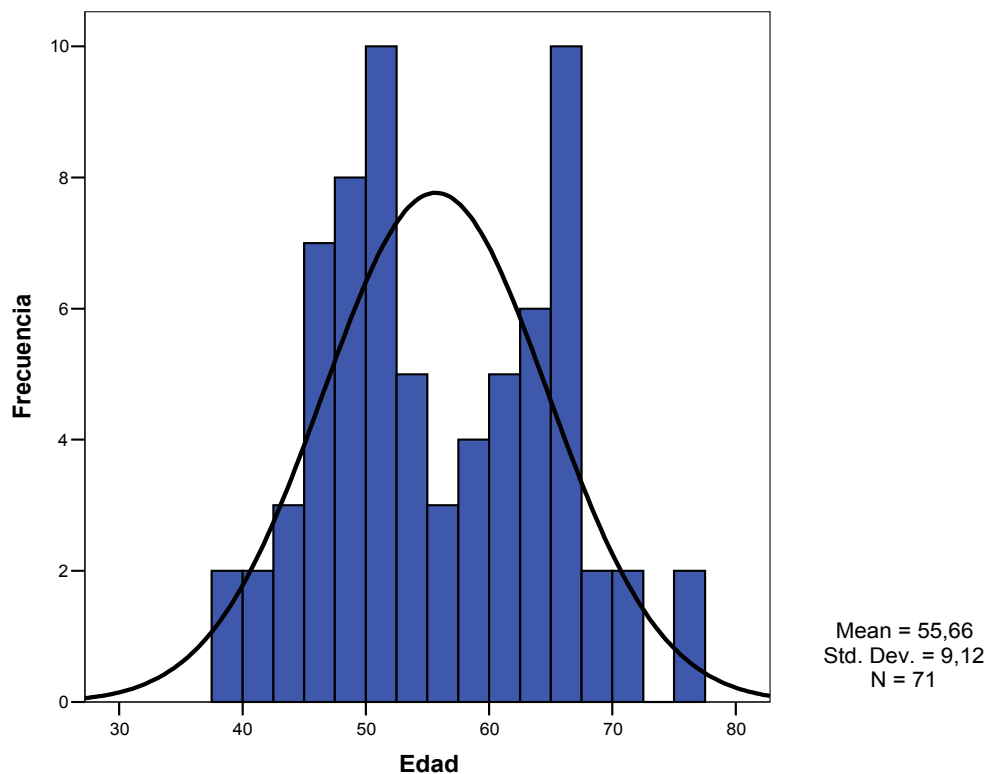
Para el análisis inferencial se determinó el grado de asociación de los tipos de cirugía para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con la presencia de complicaciones para lo que se utilizó la prueba del *Chi cuadrado*, considerando un valor $P \leq 0.05$ como significativo.

Capítulo IV

Resultados

Durante el período de estudio, en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima – Perú, un total de 71 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente por el diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y cumplieron los criterios de inclusión.

La edad del total de la población estudiada varió entre los 39 y 76 años, con un promedio de 55,7 +/- 9,1 años y tuvo una distribución bimodal (figura 1).



Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Figura 1. Distribución según edad de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Enero – Diciembre 2004.

La tabla 1 resume las principales características demográficas de la población estudiada.

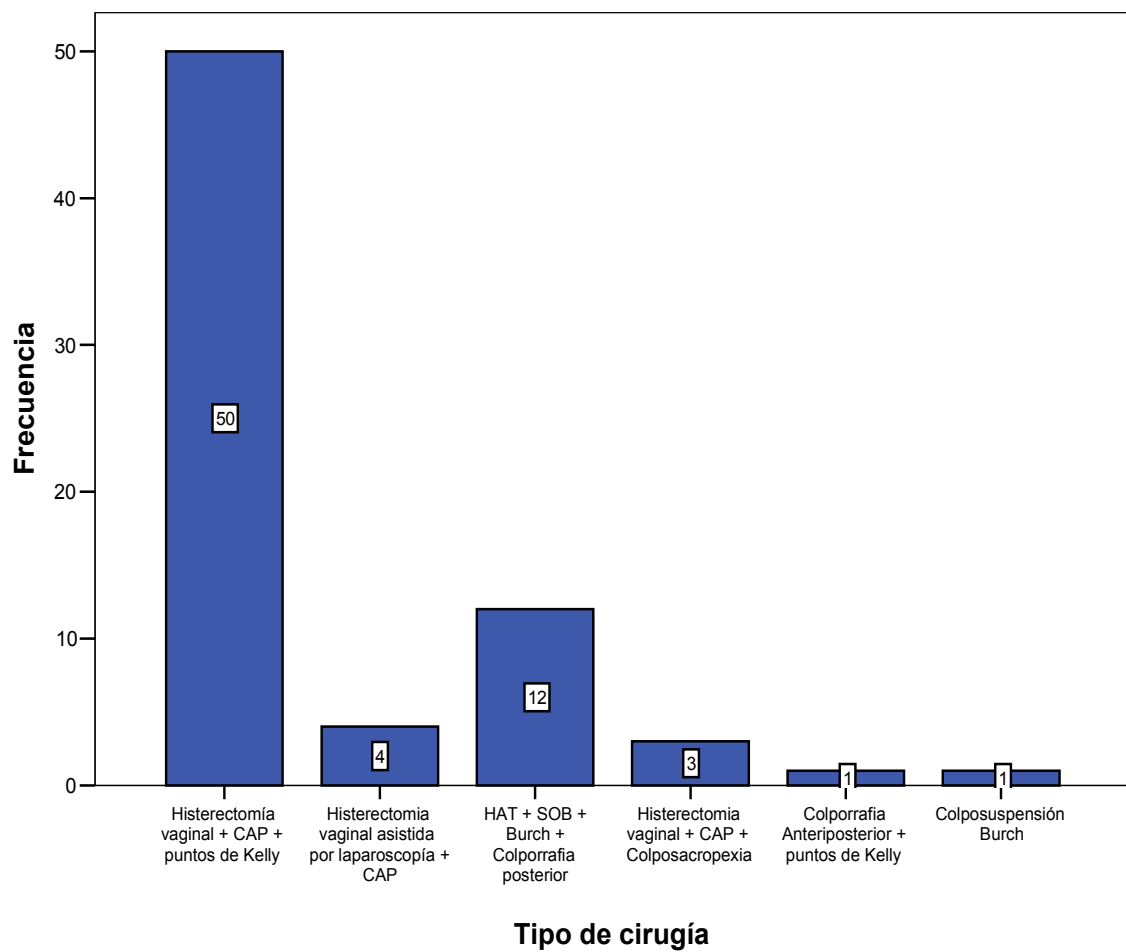
Tabla 1. Características demográficas de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
Enero – diciembre 2004.

Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltera	3	4,2
Casada	20	28,2
Conviviente	39	54,9
Viuda	9	12,7
Paridad		
Primípara	8	11,3
Múltipara	53	74,6
Gran múltipara	10	14,1
Grado de instrucción		
Primaria completa	7	9,8
Primaria incompleta	5	7,0
Secundaria completa	41	57,7
Secundaria incompleta	14	19,7
Superior completa	4	5,6

Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Se observa que el estado civil predominante en la población fue el de conviviente (54,9%) seguido por el de casada (28,2%). Con respecto a la paridad se encontró que la mayoría de pacientes fueron múltiparas (74,6%) o grandes múltiparas (14,1%). Asimismo, el grado de instrucción observado con más frecuencia correspondió a la secundaria completa (57,75) seguido por la secundaria incompleta (19,7%).

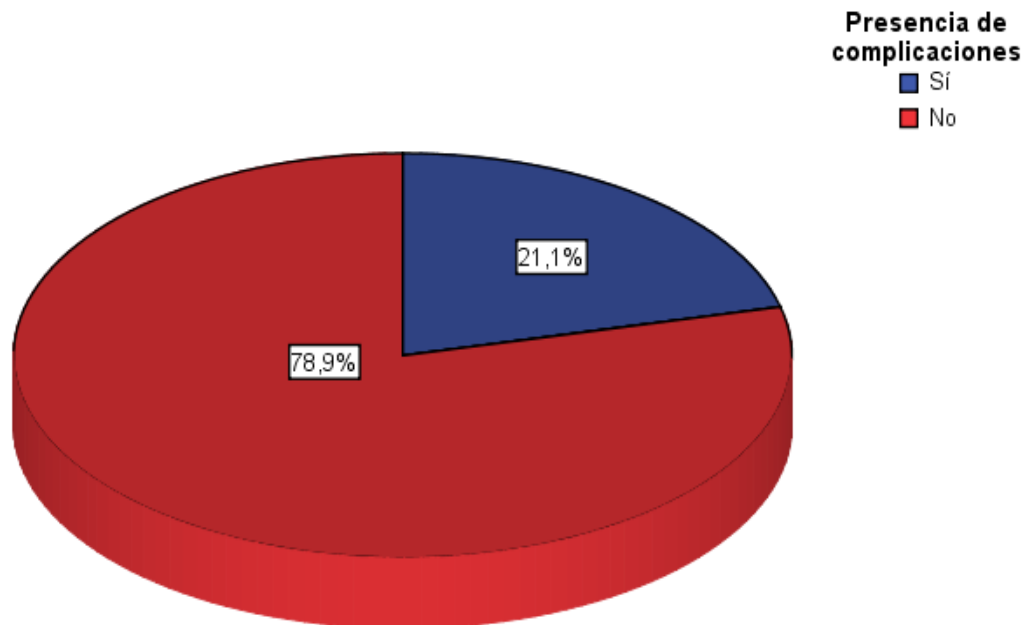
La cirugía realizada con mayor frecuencia fue la histerectomía vaginal con colporrafia anteroposterior más colocación de puntos de Kelly que registró el 70,4 % de casos (n = 50). La histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral más colposuspensión tipo Burch con colporrafia posterior ocupó el segundo lugar con el 16,9% de casos (n = 12) y la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia más colporrafia anteroposterior el tercer lugar con el 5,6% (n = 4). Ver figura 2.



Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Figura 2. Tipo de cirugía realizada en pacientes con el diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Enero – diciembre 2004.

El 21,1% (n = 15) de pacientes presentó algún tipo de complicaciones, mientras que el 78,9% (n = 56) restante no presentó ningún tipo de complicaciones. Ver figura 3.



Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Figura 3. Distribución de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo según presencia de complicaciones. Enero – diciembre 2004.

El total de complicaciones observadas se presentaron en el período postoperatorio. No se demostró asociación estadísticamente significativa ($P = 0.514$) entre la presencia de complicaciones y el tipo de cirugía por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

La tabla 2 muestra que las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes con histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior con colocación de puntos de Kelly seguida por las pacientes con histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral más colposuspensión Burch con colporrafia posterior y

por aquellas con histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior con colposacropexia.

Tabla 2. Distribución de las complicaciones según el tipo de cirugía por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Enero – diciembre 2004.

Tipo de cirugía	Complicaciones	
	n	%
Histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior + puntos de Kelly	12	16,9
Histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral + colposuspensión Burch + colporrafia posterior	2	2,8
Histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior + colposacropexia	1	1,4
Total	15	21,1

Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Las complicaciones más frecuentes en pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo fueron la infección de vías urinarias, el hematoma vaginal o de pared abdominal y el absceso pélvico, que representaron el 11,3%, (n = 8), 7,0 (n = 5) y el 2,8% (n = 2) del total de casos; respectivamente. Ver tabla 3.

Tabla 3. Complicaciones en pacientes intervenidas quirúrgicamente por Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Enero – diciembre 2004.

Complicaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Infección de vías urinarias	8	11,3
Hematoma vaginal o de pared abdominal	5	7,0
Absceso pélvico	2	2,8
Total	15	21,1

Fuente: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Ninguna paciente con histerectomía electiva abdominal o vaginal registró evento con riesgo de muerte, cirugía mayor no prevista o muerte.

Se observó asociación significativa ($P < 0,0001$) entre el tiempo operatorio ≥ 2 horas y la presencia de complicaciones. Asimismo, la estancia hospitalaria promedio en las pacientes que presentaron complicaciones (8,6 +/- 3,8 días) fue significativamente mayor ($P < 0,0001$) que la estancia de aquellas sin complicaciones (3,6 +/- 3,3 días).

Capítulo V

Discusión

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo femenina caracterizada por pérdida involuntaria de orina en relación a la actividad física no es un problema menor, ya que alrededor de 15 a 30% de mujeres de todas las edades la presentan y su manejo es fundamentalmente quirúrgico y se indica cuando la gravedad de los síntomas así lo señalen, y en dependencia de la edad y del estado general de las pacientes (12), existiendo diversas técnicas para su corrección. Cuando se plantean tantas técnicas quirúrgicas para solucionar un problema es lógico pensar que ninguna de ellas es buena en términos absolutos; pero, si se es capaz de apurar al máximo en el diagnóstico, se podrá realizar un tratamiento a medida, seleccionando aquella técnica que pueda aportar mayor ventaja a la paciente. Por ello es importante conocer los diferentes procedimientos quirúrgicos para discutir en forma individual las opciones de manejo en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (8,18) debido a que la elección de un procedimiento puede ser influenciada por problemas urogenitales coexistentes, pérdida de la anatomía de la vejiga, estado de salud y por la preferencia y experiencia del ginecólogo en la realización de los diferentes procedimientos quirúrgicos (19).

Variedad de técnicas quirúrgicas han sido evaluadas (15,35-37). Sin embargo, pocos estudios han considerado el punto de vista del paciente sobre el impacto en la calidad de vida, a pesar de que este es el principal motivo por el que probablemente la paciente tuvo la cirugía. En una revisión solo el 68% de pacientes recomendarían el procedimiento al que fueron sometidas a una amiga en una situación comparable (38). En 1987 Blaivas escribió “con las modernas técnicas diagnósticas y un tratamiento quirúrgico cuidadoso del trastorno fisiológico subyacente...una tasa de cura de al menos 90% debería ser el *standard* aceptado

para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres...”. Sin embargo, no es probable que tal objetivo sea obtenible en la práctica clínica (39).

Hasta hace algunos años la idea más difundida era hacer una plastia vaginal, y si ésta fallaba, operar entonces por vía suprapúbica. Sin embargo, en la actualidad este criterio ha sido abandonado por la mayoría de cirujanos, y son cada vez más los que prefieren la vía suprapúbica a la vía vaginal (13). Por otra parte, se han publicado nuevos tratamientos tanto médicos como quirúrgicos, por lo que el manejo de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo aún es motivo de controversias y no está libre de complicaciones (14,15).

Los relativamente pocos estudios sobre la prevalencia de este trastorno en diversas edades, que incluyen mujeres más jóvenes, han mostrado escasos aumentos conforme avanza la edad y una mayor prevalencia en los grupos de menor edad. Lo que aumenta con la edad son la intensidad de la incontinencia urinaria y ciertos tipos de incontinencia, como la incontinencia urinaria de urgencia (40). Al analizar la edad de las pacientes, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se presentó predominantemente a partir de la cuarta década de la vida, resultado que coincide con lo reportado por diferentes autores (14,41,42). Horno observó que el 80,5 % de estas pacientes se encontraba en la 5ta. y 6ta. décadas de la vida (41), mientras que Borges y colaboradores (14) observaron que un buen porcentaje (80%) de las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se encuentra entre la quinta y sexta década de la vida. Sin embargo, en el Perú, los datos epidemiológicos son muy escasos, al igual que los trabajos publicados, Así se ha encontrado que 37,9% de 1440 pacientes hospitalizadas en un Servicio de Ginecología sufría de prolapso genital; de ellas 92,8% padeció de cistocele; además, 68% de pacientes con prolapso genital sufrió de incontinencia urinaria de esfuerzo (43).

En relación con la paridad de las pacientes, todas habían tenido hijos, con predominio de las multíparas (3 o más partos), resultado que coincide con lo señalado por otros autores, que resaltan la importancia de la paridad, al relacionarla con la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, y establecen que ésta es más frecuente en mujeres que han tenido muchos partos, sobre todo cuando éstos son del tipo transpelviano eutócico (44). En ese sentido, al asociar la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con los diversos grados de relajación pelviana, se afirma sobre este problema, que el grado de prolapso no está en relación directa con la severidad de la incontinencia; sino con fenómenos urodinámicos en el mecanismo de la micción (20,45).

Según Krissi y colaboradores (46) el único tratamiento efectivo para las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es la cirugía. Se reconocen aproximadamente un centenar de técnicas quirúrgicas, por diferentes vías de abordaje y con resultados a largo plazo muy disímiles, siendo hasta ahora la Colposuspensión retropúbica (operación de Burch) el estándar al cual todas las cirugías se comparan por presentar un 78 - 89% de mejoría con seguimientos a 5 y 10 años plazo, en pacientes sin prolapso genital (47-49). Mientras que para Crugudda y colaboradores (50) la colpoperineorrafia anterior y la colposuspensión de Burch son dos alternativas terapéuticas efectivas para el cistocele y la incontinencia urinaria de esfuerzo; respectivamente, para Asher-Walsh (19) y Nygaard y Heit (51) las cirugías retropúbicas tipo Burch y Marshall-Marchetti-Krantz tienen buenos resultados a largo plazo en la incontinencia urinaria de tipo I y II y las de tipo cabestrillo en los tipos I, II y III, pero su clara indicación actual es para las de tipo III.

Las técnicas quirúrgicas más empleadas en la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en diferentes series fueron la colposuspensión tipo Burch (56%), después la de Marshall-Marchetti-Krantz (12%), la de Kelly (10%) y las técnicas de Sling (4,5%) (52).

Un 26% de las pacientes histerectomizadas requieren de alguna técnica de corrección de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (53). Por ello, en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se realiza generalmente en pacientes que la presentan asociada a patología ginecológica (prolapso, miomatosis, adenomiosis, etc.) y se demuestra que la vía para resolver el prolapso genital asociado a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo es un debate relevante aún no resuelto.

Se confirmó que en aquellas pacientes portadoras de prolapso genital completo, junto con efectuar histerectomía vaginal se prefiere la colpografía anteroposterior con puntos tipo Kelly para corrección de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (47,49) por resultar más atractiva a los ginecólogos por las ventajas que ofrece la cirugía vaginal con relación a las técnicas abdominales (54,55).

Algunos cirujanos en pacientes con patología uterina benigna en ausencia de prolapso genital asociado a Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, practicaron histerectomía vaginal para luego por vía abdominal efectuar una colposuspensión de Burch, que resulta ser técnicamente más laboriosa y con mayor riesgo de morbilidad postoperatoria (56); mientras que otros realizaron colposuspensión retropúbica, combinada con histerectomía abdominal y/o reparación posterior.

No todos los estudios reportan complicaciones para las distintas técnicas correctoras, y de los encontrados el número y tipo de estas son también diferentes (57,58). No parece haber diferencias importantes en cuanto al número y/o gravedad de las complicaciones a pesar de que múltiples factores pueden analizarse y ser considerados indicadores pronósticos tanto en las complicaciones a corto y medio plazo; incluyendo los principales resultados adversos de la cirugía las complicaciones peri operatorias (infección de vías urinarias, infección del

sitio operatorio, hemorragia, dolor y retención urinaria), urgencia urinaria e incontinencia, dificultades en la evacuación vesical, prolapso de órganos pélvicos nuevo o recurrente y la necesidad de repetir la cirugía anti-incontinencia (28,59-62).

La frecuencia de las complicaciones coincide con reportes de otros estudios, confirmándose que aquellas que se presentan en el período postoperatorio son más frecuentes (10,14).

Se confirmó que las complicaciones más frecuentes son la infección de vías urinarias y aquellas que comprometen la herida quirúrgica (10). Es importante precisar que la correcta hemostasia evita la formación de hematomas en la herida y su abscedación posterior.

En estudios previos realizados en el Hospital Arzobispo Loayza, Avila y colaboradores reportaron que la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo era el tipo más frecuente de incontinencia urinaria (63); mientras que para Contreras (64) la infección de vías urinarias fue la complicación postoperatoria más frecuente, la laceración vesical fue la complicación observada con menor frecuencia y la colposuspensión de Burch constituía una técnica efectiva con baja morbilidad intraoperatoria y baja recurrencia de la incontinencia urinaria.

La mayor parte de las complicaciones intraoperatorias que acontecen en la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo dependen directamente del abordaje y del tipo de técnica empleada, pudiéndose resolver la mayoría una vez identificadas (65). La ausencia de complicaciones intraoperatorias en esta casuística se justificaría por la experiencia acumulada en años por los médicos del Servicio.

En relación con la evaluación del resultado mediano de la intervención, debe resaltarse que estas pacientes aún deben pasar la "prueba del tiempo", la que se considera preferentemente de 5 años de postoperatorio, por lo que para poder establecer el éxito como definitivo, se deben mantener vinculadas a la consulta del Servicio y acudir con regularidad periódica a su chequeo.

Capítulo VI

Conclusiones

- Las pacientes con manejo quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tenían más de 40 años y eran multíparas.
- Las cirugías realizadas con mayor frecuencia fueron la histerectomía vaginal con colporrafia anteroposterior más colocación de puntos de Kelly (70,4 %), la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral más colposuspensión tipo Burch con colporrafia posterior (16,9%) y la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia más colporrafia anteroposterior (5,6%).
- El 21,1% de las pacientes presentó algún tipo de complicación, ocurriendo todas en el período postoperatorio.
- Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes operadas de histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior con colocación de puntos de Kelly; de histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral más colposuspensión de Burch con colporrafia posterior y por aquellas con histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior con colposacropexia.
- No se demostró asociación entre la presencia de complicaciones y el tipo de cirugía.
- Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de vías urinarias, el hematoma vaginal o de pared abdominal y el absceso pélvico.
- Se observó asociación significativa entre el tiempo operatorio ≥ 2 horas y la presencia de complicaciones.
- La estancia hospitalaria promedio en las pacientes que presentaron complicaciones fue significativamente mayor que la de aquellas sin complicaciones.

Capítulo VII

Referencias Bibliográficas

1. Márquez J, Navarro C. Incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Chilena Obstet Ginecol* 1989; 48: 345 - 61.
2. Assessment and treatment of urinary incontinence. Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153 – 8.
3. Drouin J, Tessier J, Bertrand P, Schick E. Burch colposuspensión: long-term results and review of published reports. *Urology* 1999; 54: 808-814.
4. Berry J. A new procedure for correction of urinary incontinence. Preliminary report. *J Urol* 1989; 85: 771 - 85.
5. Wilson L, Brown J, Shin G, Luc K, Subak LI. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 398 – 406.
6. Bushby-Whitehead J, Johnson T. Urinary incontinence. *Clinics in Geriatric Medicine* 1999; 14: 285 – 96.
7. Ouslander J, Kane R, Abrass I. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. *JAMA* 1982; 248: 1194 – 98.
8. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 2nd ed. Plymouth, UK: Health Publication Ltd; 2002.
9. Fantl J, Bump R, Robinson D, *et al.* Efficacy of oestrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence; The Continence Programme for Women Research Group. *Obst Gynaecol* 1996; 88: 745 - 9.
10. Polo Pérez J. Incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1991; 17: 60 - 8.

11. Umlauf M, Goode S, Burgio K. Psychosocial issues in geriatric urology: problems in treatment and treatment seeking. *Urology Clinics of North America* 1996; 23: 127 - 36.
12. Sakar P, Ritch A. Management of urinary incontinence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2000; 25: 251 – 63.
13. Maddern G, Middleton P, Grant A. Urinary stress incontinence. *BMJ* 2002; 325: 789 – 90.
14. Borges E, Gutiérrez A, Martínez J, Pérez J. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer, por la técnica de Perrin modificada. *Rev Cubana Cir* 1995; 34: 2 – 10.
15. Holroyd Ledue J, Straus S. Management of Urinary Incontinence in Women. *JAMA* 2004; 291: 986 – 95.
16. Benson T. Incontinencia urinaria. En Copeland L, Jarrel J. Ginecología 2ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina; 2002.
17. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol.* 2003; 101: 149 - 56.
18. Abrams P, Cardozo L, Fall M, *et al.* The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology.* 2003; 61: 37 - 49.
19. Asher-Walsh. Surgical treatment for stress urinary incontinence. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology* 2000; 2: 112.
20. Dolan L, Hosker G, Mallett V, Allen R. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. *BJOG* 2003; 110: 1107 -14.

21. Jueng-Anuwat P, Roongruangsilp U, Kochakarn W, Ratana-Olarn K. Risk factors for stress urinary incontinence in middle aged and elderly Thai women. *J Med Assoc Thai* 2001; ;84: 1121 – 5.
22. Jarvis G. Surgery for urinary incontinence. *Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet and Gynaecol* 2000; 14: 315 – 34.
23. Juarranz M, Terrón R, Roca M, Soriano T, Villamor M, Calvo M. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Primaria* 2002; 30: 323 – 32.
24. International Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Urology* 1997; 9: 237.
25. Badía X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 647 - 52.
26. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001; 18. 48 – 52.
27. Cheater F, Castleden C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 183 - 205.
28. Hunskaar S, Arnold E, Burgio K, Diokno A, Herzog A, Mallett V. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000; 11: 301-19.
29. McGuire E, Fitzpatrick C. Clinical assessment of urethral sphincter function. *J Urol* 1993; 150: 1452 – 54.
30. Blaivas J. Classifying stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics* 1999; 18: 71-72.
31. Cooper J. Stress Incontinence. *Clin Evid* 2002; 7: 1772 - 83.

32. Keane D, O'Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 207 - 26.
33. Couture J, Valiquette L. Urinary incontinence. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 646 - 55.
34. Moore K. Conservative management for urinary incontinence. *Baillière's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 207 - 26.
35. Schumacher S, Muller S. Stress incontinence and mixed incontinence. *Urologe* 2004; 43: 1289 – 98.
36. Smith A, Moy M. Modern management of women with stress urinary incontinence. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50: 32 – 9.
37. Trabacchi G. Reparative surgery for stress urinary incontinence in women. *Soins* 2001; 658: 36 – 8.
38. Black N, Griffiths J, Pope C, *et al.* Impact of surgery for stress incontinence on morbidity. *BMJ* 1997; 315: 1493 - 8.
39. Blaivas J. A modest proposal for the diagnosis and treatment of urinary incontinence in women. *J Urol* 1987; 138: 597 - 8.
40. Bump R, Peggy N. Datos epidemiológicos y evolución natural de la disfunción del piso pélvico. *Clin Ginecol Obstet* 1998; 4: 681-705.
41. Horno M. Aspectos radiológicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Su correlación clínica y diagnóstica. *Acta Ginecol* 1987; 39:109 - 21.
42. Mulher R. Treatment of stress urinary incontinence in women. *J Obstet Gynecol* 1988; 91: 205 - 8.
43. Pacheco J, Franco A, Zapata J, Seminario J, Incontinencia urinaria de esfuerzo, En: Pacheco J, editor. *Ginecología y Obstetricia. la Edición* . Lima-Perú: MAD Corp SA; 1999: 568-85.

44. Grangel J. Incontinencia de urgencia e inestabilidad vesical. Valor de los síntomas y exploraciones clínicas. *Rev Esp Obstet Gynecol* 1988; 42: 370 - 4.
45. Farrar O. A urodynamic analysis of micturition symptoms in the female. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 141: 875 - 88.
46. Krissi H, Borkovski T, Feldberg D, Nitke S. Complications of surgery for stress incontinence in women. *Harefuah* 2004; 143: 516 – 19.
47. Kammerer-Daak D, Dorin M, Rogers R, Cousin M. A randomized trial of Burch retropubic urethropexy and anterior colporrhaphy for stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 75 – 78.
48. Cardozo L, Hextall A, Bailey J, Boos K. Colposuspension after previous failed incontinence surgery: a prospective observational study. *Br J Obstet Gynecol* 1999; 106: 340 - 44.
49. Leach J, Dmochowski R, Appell R, *et al.* Female stress urinary incontinence clinical guidelines panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol* 1997; 158: 875 - 80.
50. Crugguda A, Terrone C, Crivellaro S, Rocca S. Long term results of Burch colposuspension and anterior colpoperineorrhaphy in the treatment of stress urinary incontinence and cystocele. *Annals d'Urologie* 2002; 36: 176 – 81.
51. Nygaard I, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 607 – 20.
52. García D, Pérez P, Briones G, *et al.* Manejo quirúrgico y complicaciones de la I.U.E: Nuestra experiencia en 385 pacientes operadas en los últimos 25 años. *Actas Urol Esp* 2003; 27: 92 - 6.
53. Parada R, Bravo E, Franck Ch. Histerectomía vaginal y corrección urinaria con (Tension –free Vaginal Tape) *Rev Chil Obstet Gynecol* 2002; 67: 94 – 99.

54. Bravo E, Bennet C, Franck C, *et al.* Histerectomía vaginal en ausencia de prolapso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998; 63: 257 - 62.
55. Benett C, Bravo E, Franck C, Prado J, Carmona A, Venegas J. Histerectomía vaginal en útero de gran tamaño. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998; 63: 263 - 67.
56. Nilsson C, Kuuva N. The TVT procedure is successful in the majority of women with indications for surgical treatment of urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108: 414-19.
57. Kovac R. Guidelines to determine the route of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 18 - 23.
58. Kovac R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 787 - 93.
59. Minaglia S, Ozel B, Klutke C, Ballard C, Klutke J. Bladder injury during transobturator sling. *Urology* 2004; 64: 376 -7.
60. Bros M, Czajkowski K, Kornacki P. Analysis of complications of the tension-free vaginal tape procedure for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Ginekol Pol* 2003; 74: 930 – 6.
61. Ayoub N, Chartier-Kastler E, Robain G, Mozer P, Bitker M, Richard F. Functional consequences and complications of surgery for female stress urinary incontinence. *Prog Urol* 2004; 14: 360 – 73.
62. Bourrat M, Armand C, Seffert P. Complications and medium-term functional results of TVT in stress urinary incontinence. *Prog Urol* 2003; 13: 1358 – 64.
63. Avila R, Bacini J, Pérez I, Escudero E, Pérez G. Valoración de la cistometría vs. Test de Boney y Q-Tip en pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el Hospital

Arzobispo Loayza 1997 – 1998 – Lima – Perú. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Marzo – 2000.

64. Contreras H, Contreras J. Colposuspensión de Burch como cirugía única o principal en el Hospital Arzobispo Loayza. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Marzo – 2000.